

III° EDIZIONE

INCONTRI DI PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



Alice Muda, Laura Dusi, Matteo Martulli

Un caso di disturbo schizoaffettivo in età adolescenziale:
sfide diagnostiche e terapeutiche tra sintomi affettivi e psicotici

Hanaa, 12 anni

**Prima visita NPI ambulatoriale ad aprile 2025 con quesito
«disturbo del comportamento alimentare e sintomi depressivi»**



ANAMNESI FAMILIARE

Genitori sposati, non consanguinei, originari del **Marocco**.

Padre: 64 anni, operaio, sano, in Italia dal 2001

Madre: 40 anni, operaia, ipotiroidismo in trattamento, in Italia dal 2007

Fratrìa: una sorella figlia del padre da precedente relazione, 30 anni, vive da sola da circa due anni, in precedenza viveva con il nucleo familiare.

Negati aborti.

Gentilizio positivo per malattie di interesse NPI: nonno materno con **disturbo d'ansia** e verosimili attacchi di panico mai trattato.



ANAMNESI FISIOLOGICA

Gravidanza normodecorsa, parto cesareo per posizione podalica, a termine, P.N. 3645 gr. Riferita **infezione neonatale** a trasmissione verticale non meglio specificata, per cui veniva dimessa dopo circa 10 giorni dalla nascita.

Alimentazione allattamento al seno materno per circa 24 mesi; divezzamento in epoca. Alimentazione discretamente varia e regolare fino a settembre 2024 (esordio della sintomatologia psichiatrica).

Ritmo sonno-veglia: regolare fino a fine 2024, da quando riferita **difficoltà di addormentamento**.

Alvo e diuresi: regolare. Menarca da ottobre 2024 (12 anni). Ciclo regolare ma doloroso.



ANAMNESI FISIOLOGICA

Sviluppo psicomotorio: tappe motorie in epoca. **Ritardo del linguaggio** con **ecolalia**, non effettuato trattamento logopedico. Dai 5 anni riferito progressivo miglioramento del linguaggio. Bilinguismo arabo e italiano (L1). Attualmente le abilità narrative sono riferite come fragili.

Sviluppo emotivo-relazionale: sin dall'infanzia segnalata iniziale inibizione senza significative difficoltà relazionali con i pari. Ha una migliore amica dall'infanzia e tre amici stretti.

ANAMNESI PATOLOGICA

Muta per patologie internistiche di rilievo.



ANAMNESI FISIOLOGICA

Scolarità:

Percorso scolastico regolare, profitto buono. Si segnala unicamente che:

- Alla Scuola dell'Infanzia si sarebbe sentita poco accolta dalle maestre per le proprie **difficoltà di linguaggio**.
- All'ultimo anno della scuola elementare episodio di **bullismo verbale** da parte un compagno di classe riguardo all'aspetto fisico. Inizialmente non ci avrebbe dato peso, poi dall'inizio della scuola media avrebbe cominciato a guardarsi con maggiore frequenza allo specchio e ad acquisire modalità giudicanti verso il proprio aspetto, senza tuttavia un'apparente influenza né sulla propria autostima né sullo stile alimentare.
- Il primo anno di scuola media sarebbe decorso con frequenza scolastica regolare, profitto buono (media del 7-8), discreta la relazione con i pari e con gli insegnanti, comportamento adeguato.



ESORDIO DELLA SINTOMATOLOGIA PSICHIATRICA

Dall'inizio del secondo anno di scuola media (settembre 2024) la ragazza avrebbe “deciso” che il suo aspetto fisico non le piaceva e pertanto avrebbe iniziato a saltare i pasti e successivamente ad alternare **restrizione alimentare e abbuffate soggettive** seguite da **condotte di eliminazione** (episodi di vomito autoindotto bevendo acqua e sale). Non calo ponderale evidente. Non riferita franca motorrea né conteggio calorico, tuttavia riportava **pensieri ossessivi dimorfofobici**.



ESORDIO DELLA SINTOMATOLOGIA PSICHIATRICA

Da **Novembre/Dicembre 2024**:

- **Deflessione del tono dell'umore**, anergia, perdita di interesse e di motivazione sia nello sport sia nell'impegno scolastico, **difficoltà di concentrazione** e maggiore **distraibilità** → calo del rendimento scolastico.
- **Disturbo del sonno** con addormentamento ritardato ed eccessiva sonnolenza diurna con tendenza a dormire anche al pomeriggio.
- Segnalate numerose note disciplinari per atteggiamento **irritabile e verbalmente aggressivo** nei confronti degli insegnanti quando la riprendevano, in un'occasione comportamento fisicamente aggressivo con un compagno.
- Maggiore **chiusura relazionale** con **spunti paranoici** (acquisizione di una minore fiducia nei confronti dei propri amici). Evitamento di contesti affollati perchè si sente osservata, teme che la vedano "strana" o che gli altri giudichino il suo aspetto fisico.



PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRICA (aprile 2025)

- Peggioramento della **deflessione e dell'irritabilità**.
- **Eteroaggressività verso oggetti** e in un'occasione anche verso il proprio gatto.
- Elevata **sensibilità interpersonale** e aumento della **quota ansiosa** con occasionali **episodi dissociativi** con derealizzazione e depersonalizzazione (sensazione di vivere in una realtà virtuale, come se fosse tutto una simulazione e lei stessa non fosse reale), talvolta in associazione **dispercezioni sensitive** (si sentirebbe come toccata da una persona).



VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA (Maggio 2025)

K-SADS:

- **disturbo dell'umore di tipo depressivo** con umore deflesso-irritabile con **ideazione suicidaria** senza progettualità, nega NSSI;
- **disturbo alimentare NAS;**
- **disturbo d'ansia sociale** con aspetti persecutori;
- **dispercezioni** sia uditive che visive di sera (ombre, rumori di porte)



VALUTAZIONE TESTALE

WISC-IV: QI totale 88 ps (ICV 100, IRP 93, IML 97, IVE 68)

SCID V: criteri categoriali per **Disturbo di personalità di tipo evitante** (Cluster C), **schizoide e schizotipico** (Cluster A), e **borderline** (Cluster B).

Questionario PQ-16: positivo per **stato mentale a rischio**

Checklist ERlraos: positivo per **stato mentale a rischio**

Effettuato primo incontro con psicologa del Servizio NPIA, poi interrotta la presa in carico per difficoltà logistiche della famiglia.



Al controllo NPI di **Agosto 2025:**

- Mimica facciale appare espressiva ma **dissintona** con i contenuti espressi. Lo sguardo talvolta è tangenziale come in atteggiamento di ascolto.
- Ulteriore **peggioramento del quadro affettivo** e dell'**aggressività** verbale e talvolta fisica.
- Meno pervasivi i **pensieri ossessivi** riguardo alla forma corporea. Alimentazione irregolare ma nega condotte di eliminazione.
- Peggioramento del **ritiro sociale**, non ha più contatti con gli amici. **Aspetti paranoidei** più marcati ("non mi fido di nessuno", "le mie amiche mi guardano male").
- Peggioramento del **ritmo sonno-veglia** con difficoltà di addormentamento in particolare a seguito del peggioramento di dispercezioni (si addormenta alle ore 6-7 del mattino).



- Aumento delle **dispercezioni visive e uditive** (rumore della porta che si apre, voci familiari che la chiamano, versi, spari) □ **«amico immaginario»** che le fa compagnia sebbene le faccia anche paura (sagoma di un uomo con solamente gli occhi, senza voce). **Critica incostante.**
- Pensiero caratterizzato da contenuti bizzarri con **convinzioni deliranti** (riporta di essere in grado di comunicare con l'universo e influenzare il corso degli eventi mediante alcuni simboli che avrebbe accuratamente studiato e che avrebbero funzione protettiva e portafortuna).
- Comparsa di **agiti autolesivi** (deodorante sulle cosce) a scopo detensivo. Pensieri di morte («non ha più senso vivere») con **ideazione suicidaria incostante** (si stringe le mani al collo vs. «ho paura del dolore», «ho ancora 80 anni da vivere»).



RICOVERO

Il 20/08/2025 veniva ricoverata in regime di **ricovero programmato urgente**.

CDI: positiva per disturbo depressivo (punteggio pari a 45, cut off 18)

YSR: fascia clinica per problematiche di tipo affettivo (T score 90), ansiose (T score 73) e di condotta (T score 81), fascia borderline per problematiche di tipo oppositivo-provocatorio (T score 65)

CBCL: fascia clinica per problematiche affettive (T score 72), per problemi di comportamento oppositivo (T score 75) e in fascia borderline per ADHD (T score 69)

CASD: numero totale di sintomi pari a 6 su 30, al di sotto della fascia di rischio per disturbo dello spettro autistico

CAARMS: positiva per **BLIPS**



RICOVERO

Test proiettivi (Rorschach e TAT):

- Profondo abbassamento del tono dell'umore in coesistenza a sintomi ascrivibili ad **angoscia psicotica**, nello specifico emerge una **difficoltà nel mantenere l'aderenza alla realtà** che si contamina, perde definizione, si deteriora o diventa improbabile, condizionando la **chiusura** di H. in un suo mondo interno, contemplativo e sempre più lontano dalla realtà esterna.
- **Fragile autostima**, che in parte condizionerebbe le relazioni sia con i pari che con i genitori, in particolare con la madre dalla quale non si sentirebbe accettata e che per tale motivo si arrabbierebbe spesso con lei.



RICOVERO

Durante la degenza:

Da un punto di vista comportamentale e relazionale: **inizialmente isolata** in stanza, poi ha iniziato a partecipare alle attività di reparto seppur poco attivamente e con scarsa interazione con i pari. Maggiore abilità relazionale nel **rapporto 1:1** con la compagna di stanza, con tendenza all'**ipercoinvolgimento emotivo** (breve dissociazione associata a episodio di panico).

Episodi di **soliloquio** nei primi giorni, correlati alla visione di una “nuova ombra” che sarebbe comparsa in reparto.

Non episodi di agitazione maggiori nè agiti autolesivi.



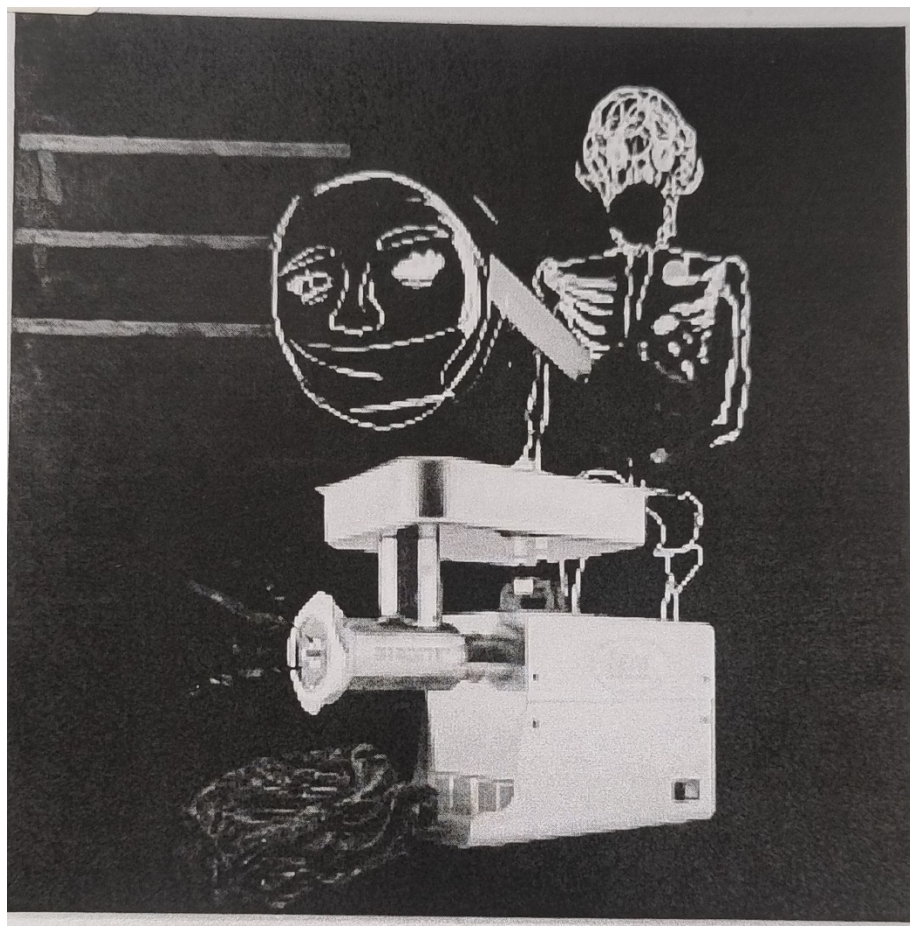
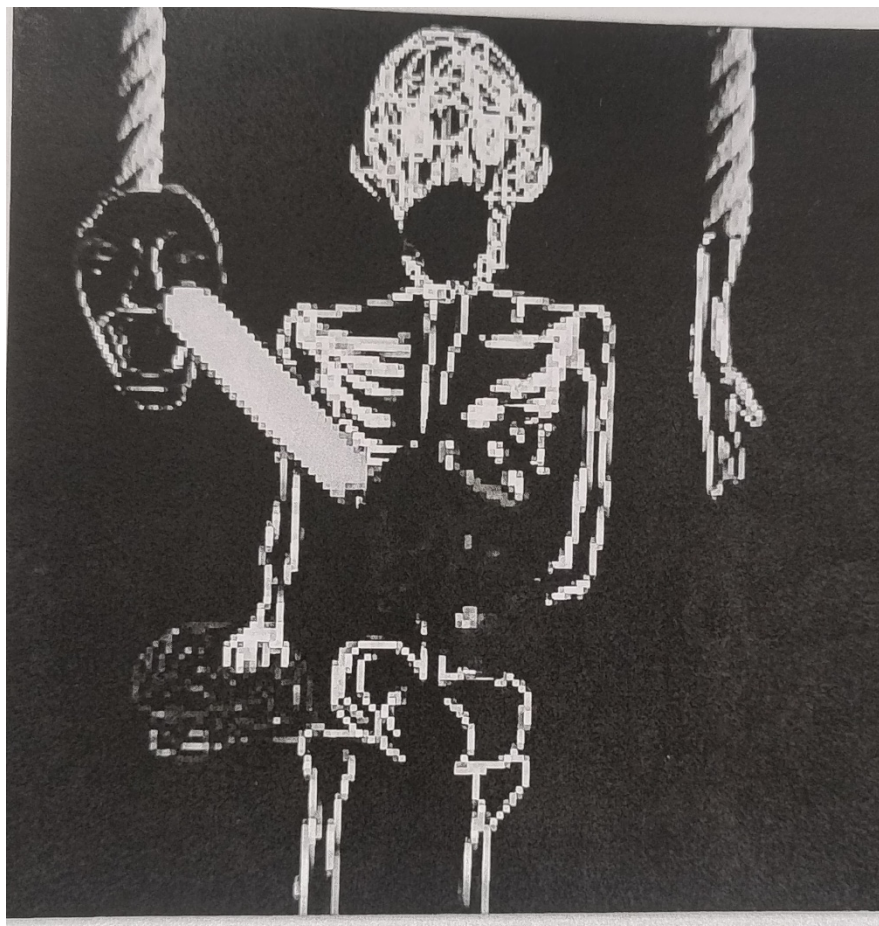
RICOVERO

In merito alle dispercezioni H. riferisce che la presenza dell'amico immaginario la avrebbe inizialmente angosciata con impatto sul ritmo sonno-veglia, per poi preferirla alla compagnia dei familiari e degli amici fino a rappresentare un **modulatore relazionale**.

La ragazza mostrava alcuni **disegni** da lei svolti digitalmente a seguito di alcuni litigi con le amiche, e aventi tematiche pulsionali aggressive nei confronti delle amiche stesse (le amiche verrebbero fatte a pezzi dal suo "complice" ossia l'ombra presente nella sua stanza in una sorta di "film mentale").

Riferiva inoltre micro/macropsia e metamorfopsie.





RICOVERO

Per escludere cause organiche eseguiti:

- EEG in veglia
 - RM encefalo in sedazione
 - Esami tossicologici urinari
- risultati **negativi**

Altri accertamenti:

- Esami ematici: lieve rialzo transaminasi, anemia microcitica, carenza vitD, iperprolattinemia iatrogena
- ECG con calcolo QTc: nella norma
- Visita oculistica-ortottica: nella norma



RICOVERO

Veniva impostata la seguente terapia farmacologica:

- Ipnoinducente: **Melatonina** 2 mg poi **Trazodone** 50 mg
- Antipsicotica: **Risperidone** 2 mg + 2 mg
- Stabilizzatore dell'umore e antisuicidario: **Litio Resilient** 83 mg + 83 mg
- Per riscontro di iperprolattinemia sintomatica (galattorrea e mastodinia):
Aripiprazolo 5 mg con beneficio
- Integrazione con DiBase 3 gtt



Da un punto di vista clinico si è assistito:

- Graduale riduzione in frequenza e durata delle dispercezioni sia uditive che visive, con andamento episodico in relazione a episodi ansiosi
- Miglioramento del sonno

Dimessa il 18/09/2025 con diagnosi di:
Disturbo schizoaffettivo tipo depressivo
Disturbo d'ansia sociale
Ideazione suicidaria
Iperprolattinemia iatrogena



POST DIMISSIONE

- Avviata frequenza c/o **Centro Diurno Terapeutico** 3 pomeriggi/sett
- Ripresa **frequenza scolastica** con orario ridotto (3h/die)
- Pochi giorni dopo, contattati telefonicamente dalla madre che riporta eccessiva **sonnolenza** (H. si addormenta a scuola e al CD) e **polidipsia** (4L/die) con conseguente **enuresi** □ si consigliava riduzione di risperdal mattutino a 1 mg ed esecuzione esami ematici (nella norma, litiemia 0.74 mmol/L)
- **Controllo NPI 30/09/25**: lamenta secchezza delle fauci, mialgie e occasionali tremori agli arti. All'EON **rigidità tipo troclea dentata** agli arti, maggiore AS sx e Al dx, lievi fascicolazioni linguali, difficoltà di inseguimento visivo soprattutto in verticale, impaccio motorio □ **ridotti** risperdal a 1 mg + 1,5 mg e trazodone a 25 mg.



All'ultimo controllo NPI (08/10/25):

- Curata nell'aspetto, discretamente curata nell'igiene personale. Postura rigida, mimica ipoespressiva. Orientata spazio-tempo, umore deflesso con oscillazioni in senso irritabile.
- Persistono tratti persecutori (tapparelle abbassate) e allucinazioni visive e uditive (ma a contenuto più benevolo) verso cui è parzialmente critica.
- Pensieri di morte con ideazione suicidaria senza intenzionalità. Nega agiti autolesivi attuali. Infuturazione presente.
- Ridotta la rigidità agli arti, la mialgia e la secchezza della fauci. Riferita perdita di capelli.
- Lieve miglioramento della stanchezza, anche se dorme spesso anche durante il giorno.
- Alimentazione migliorata, ridotta polidipsia (2L/die), non più enuresi.



Terapia attuale:

- Aumentato Aripiprazolo a 7,5 mg mattina
- Sospeso Trazodone
- Litio Resilient 83 mg mattina + 83 mg sera
- Risperidone 1 mg mattina + 1,5 mg sera
- Melatonina 2 mg sera

Esami ematici:

- Litiemia 0.78 mmol/L
- PRL 678 mIU/L
- Hb 10.9 g/dl
- CK nella norma
- Transaminasi nella norma

ECG nella norma
(QTc 390 msec)

Alla luce del quadro clinico attuale...

Inquadramento diagnostico?

Modifiche terapeutiche?

